



**St. Joseph's
Healthcare System**

St. Joseph's Regional Medical Center
St. Joseph's Wayne Hospital
A Division of St. Joseph's Regional Medical Center
St. Vincent's Nursing Home

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

**Departamento de Radiología
Cuestionario sobre el medio de contraste intravenoso
(Intravenous Contrast Media Questionnaire)**

Su médico ha ordenado una **Tomografía axial computarizada** o **Radiografía**, que requiere que se le inyecte material de contraste (tinte) en sus venas.

Durante la inyección, algunas personas tienen una sensación de calor que dura algunos minutos y luego desaparece. Las siguientes reacciones no se observan en todas las personas, pero una o más de ellas ocasionalmente pueden ocurrir.

- Náuseas, algunas veces con vómitos;
- Estornudos
- Picazón y urticaria
- Hinchazón de los labios y/o alrededor de los ojos.

Aunque es extremadamente raro, puede tener picazón o urticaria durante varios días después del examen aun sin haber tenido esta reacción el día del examen. Si esto ocurre, llame al médico que ordenó el examen o al Departamento de Radiología al número marcado abajo.

- St. Joseph's Regional Medical Center (Paterson) Radiology Department al (973) 754-2666
- St. Joseph's Regional Medical Center Vascular Access Center al (973) 754-2999
- St. Joseph's Wayne Hospital Radiology Department al (973) 956-3673
- St. Joseph's Ambulatory Imaging Center al (973) 569-6300

Ocasionalmente pero no a menudo, el medio de contraste puede escaparse de la vena dentro del área alrededor de la aguja.

Esto puede producir algún dolor e hinchazón en el sitio de la inyección. Si tiene algún dolor, llame al técnico o a la enfermera.

Complicaciones extremadamente raras incluyen pero no se limitan a: shock, insuficiencia renal, dificultad para respirar, paro cardíaco y muerte.

-----Sírvase responder las preguntas siguientes-----

¿Ha recibido material de contraste en el pasado? Sí__ No__ No sabe__

Si la respuesta es sí, ¿tuvo una reacción? Sí__ No __ Tipo de reacción: _____

¿Tiene historia de alergias? (Enumérelas) _____

¿Tiene historia de asma? Sí____ No____

Si la respuesta es sí, ¿recibió hoy algún medicamento o utilizó un inhalador? Sí____ No____

¿Es diabético? Sí____ No____ Si la respuesta es sí, ¿toma algún medicamento que contiene metformina?

Glucophage____ Glucophage XR____ Metaglip____ Glucovance____ Avandamet____

Riomet____ Glumetza____ ACTOplus met____ Fortamet____ Otro_____

(Nota: Si el paciente recibe alguno de estos medicamentos, se darán instrucciones de alta apropiadas)

¿Es posible que esté embarazada? Sí____ No____ No está segura____

¿Está amamantando? Sí____ No____

Fecha del último período menstrual _____

Este formulario se requiere en todos los casos con excepción de los exámenes críticos según se definen por la norma de radiología.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

¿Tiene alguna de estas afecciones? (Marque todas las que correspondan).

- Mieloma múltiple
- Hipertensión arterial mal controlada
- Drepanocitosis (Sickle Cell Anemia)
- Enfermedad renal o cirugía _____
(si recibe diálisis, fecha del último tratamiento) _____ (Tipo)
- Feocromocitoma
- Miastenia gravis

Historia de medicamentos (haga una lista de todos los medicamentos que recibe actualmente, inclusive fitoterapia o medicamentos de venta sin receta) _____

PARA EL PACIENTE: Al firmar este formulario, certifico que a mi leal saber y entender la información fue correcta, y que se me ofreció y proporcionó la información apropiada con respecto al examen o a cualquier aspecto de él según fue necesario

Firma del paciente (persona responsable / tutor) _____

Firma de la persona que revisó el cuestionario _____

Fecha: _____

PARA QUE LO LLENE EL PERSONAL DE RADIOLOGÍA

Sitio IV _____ Calibre _____ Purgado antes de la inyección / Permeable (iniciales del personal) _____

No. de lote _____ Vol. inyectado _____

Complete si ALGUNO de lo siguiente está presente:

- Infiltración / extravasación Tamaño de la infiltración (aproximado) _____
- Reacción al medio de contraste¹ Descripción de los signos / síntomas: _____

Tratamiento: _____

¹ Toda reacción al medio de contraste requiere un informe de acuerdo con la Norma No. 6005 de la Farmacia